

**Antrag auf
Zulassung zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung**

1. Antragsteller

Titel (akad. Grad), Name Vorname - nur Rufname lt. Geburtsurkunde -

Geburtsdatum Geburtsort (Gemeinde, Land)

Wohnanschrift zum Zeitpunkt der Antragstellung (Straße, Nr., PLZ, Ort, Tel.-Nr., Fax-Nr.)

künftige Wohnanschrift zum Zeitpunkt der Niederlassung (Straße, Nr., PLZ, Ort, Tel.-Nr., Fax-Nr.)

**2. Ich beantrage die Zulassung
zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung**

als Ärztliche(r) Psychotherapeut(in)
 Facharzt(ärztin) für Psychotherapeutische Medizin
 Facharzt(ärztin) für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie

für

(Praxisanschrift) _____
(Straße, Nr.)

(PLZ, Ort, Ortsteil, Tel.-Nr., Fax-Nr.)

zum

voraussichtl. Niederlassungsdatum
Wohnort zum Zeitpunkt der Praxisaufnahme

Die Praxis befindet sich in den Räumlichkeiten einer Behörde, eines Krankenhauses o.ä.:
 ja Name der Institution _____ nein

Ist eine Gemeinschaftspraxis oder Praxisgemeinschaft geplant, ggf. mit wem?
(Gemeinsame Nutzung von Praxisräumen und
Praxiseinrichtungen, sowie die gemeinsame
Beschäftigung von Hilfspersonal bei getrennter
Karteiführung, Behandlung und Abrechnung.)

Wird die Praxis eines anderen ärztlichen Psychotherapeuten übernommen, ggf. von wem?
(Name, Vorname, Ort, Straße)

Bei Übernahme einer Vertragstherapeutenpraxis in einem von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Planungsbereich trifft der Zulassungsausschuss bei Vorliegen mehrerer Zulassungsanträge eine Auswahlentscheidung, bei der u. a. die bisherige Dauer der psychotherapeutischen Tätigkeit eine Rolle spielt. Die Dauer der psychotherapeutischen Tätigkeit wird nach § 103 Abs. 4 Satz 5 Nr. 3 SGB V verlängert um Zeiten, in denen die ärztliche Tätigkeit wegen der Erziehung von Kindern oder der Pflege pflegebedürftiger naher Angehöriger in häuslicher Umgebung unterbrochen worden ist. Diesbezüglich bitten wir ggf. um entsprechende Angaben.

Bemerkung:

etwaige weitere Bemerkungen zur Bewerbung bzw. Antragstellung:

Zulassungsvoraussetzungen

3.1 Approbation

- ja vom _____ durch _____
- nein
- Diplom als _____ seit _____
- Facharzt als _____ seit _____

3.2 Arztregistereintragung

- ist erfolgt am _____ wurde beantragt am _____

bei der Kassenärztlichen Vereinigung _____

Waren bzw. sind Sie zur Vertragspsychotherapeutenpraxis zugelassen bzw. in einem MVZ oder Vertragspsychotherapeutenpraxis angestellt? ja nein

Vertragspsychotherapeut Ang. Psychotherapeut

Praxissitz: _____ von _____ bis _____

ggf. weitere:

Praxissitz: _____ von _____ bis _____

Wenn ja, waren oder sind Sie mindestens fünf Jahre dauerhaft einer vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit in einem Gebiet, in dem der Landesausschuss nach § 100 Abs. 1 das Bestehen von Unterversorgung festgestellt hat, nachgegangen?

ja nein

Praxissitz: _____ von _____ bis _____

ggf. weitere:

Praxissitz: _____ von _____ bis _____

4. Derzeitige berufliche Tätigkeit

Dienst-/Beschäftigungsverhältnis

als _____ bei _____

die wöchentliche Arbeitszeit beträgt _____ Stunden

zugelassener Psychotherapeut zur Teilnahme an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung ermächtigter Psychotherapeut

zugelassener Arzt

im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung _____

Die angegebene Tätigkeit wird beendet zum _____

derzeit nicht in einem Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis

5. Andere Tätigkeit außerhalb der Zulassung

keine Tätigkeit

Nebentätigkeit

(beiliegende Erklärung bitte beachten / Anlage 4)

6. Diesem Antrag liegen folgende Unterlagen bei:

(anstelle von Originalen können amtlich beglaubigte Abschriften beigelegt werden)

- Bescheid über Eintragung in das Arztregister, sofern Sie bei einer anderen Arztregisterstelle vorgenommen wurde
- Bescheinigungen / Zeugnisse über die bisherigen psychotherapeutischen Tätigkeiten, soweit sie nicht dem Antrag auf Eintragung in das Arztregister beigelegt wurden (vgl. Aufstellung Anlage 1)
- tabellarischer Lebenslauf (mit Unterschrift und Datum)
- Führungszeugnis – **Belegart 0**
 - wurde beantragt am _____ bei _____

Das Führungszeugnis darf zum Zeitpunkt der Zulassung nicht älter als 6 Monate sein.

- Erklärungen im Sinne von §§ 20, 21 Ärzte-ZV (Anlage 2)
- Die Gebühr von EUR 100,- für den Antrag auf Zulassung wurde am _____ gezahlt/überwiesen (Kontonummer 2613123, BLZ 440 606 04, Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG Dortmund)
- Sprechstundenzeiten (Anlage 3)
- Erklärung zur Nebentätigkeit (Anlage 4)

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

Tag des Eingangs des Zulassungsantrages
(von der Geschäftsstelle auszufüllen)

Hinweis:

Die Ausübung psychotherapeutischer Tätigkeit in der Gemeinschaftspraxis bedarf der Genehmigung durch den Zulassungsausschuss. Hierzu ist ein gesonderter, von allen Partnern der zukünftigen Gemeinschaftspraxis unterschriebener Antrag sowie die Vorlage eines Gemeinschaftspraxisvertrages erforderlich.

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe gem. § 285 Abs. 1 SGB V die vorstehenden Daten zu meiner Person zur Durchführung des beantragten Verwaltungsverfahrens erhebt. Änderungen bzgl. der erhobenen Daten werde ich der KVWL mitteilen.

Ich erkläre hiermit mein Einverständnis, dass meine Zulassung im Vertragsverzeichnis der KVWL veröffentlicht wird.

Ort, Datum

Unterschrift

Anlage 2

Erklärung

im Sinne von §§ 20, 21 Ärzte-ZV

Ich erkläre, dass ich nach der „Gemeinsamen Notfalldienstordnung“ der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe in der jeweils gültigen Fassung am organisierten ärztlichen Notfalldienst teilnehmen werde.

Ich erkläre, dass ich nicht rauschgiftsüchtig bin und es auch nicht innerhalb der letzten fünf Jahre war.

Weiterhin erkläre ich, dass ich mich innerhalb der letzten fünf Jahre nicht einer Entziehungskur wegen Trunksucht oder Rauschgiftsucht unterzogen habe und dass gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des psychotherapeutischen Berufes nicht entgegenstehen.

Ich erkläre, dass ich ab Aufnahme der Tätigkeit in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung persönlich und im erforderlichen Maße für die Versorgung der Versicherten zur Verfügung stehe.

Ich habe zur Zeit keine anerkannte Schwerbeschädigung.

Falls ja: Minderung der Erwerbsfähigkeit von _____ % ausgestellt vom Versorgungsamt _____.

Ort, Datum

Unterschrift

Anlage 3

Nach erfolgter Zulassung werde ich in meiner Praxis **Sprechstunden** voraussichtlich gemäß folgender Aufstellung abhalten:

	<u>Nach Vereinbarung</u>		<u>Nach Vereinbarung</u>	
Montag	vormittags	bis	nachmittags	bis
Dienstag	vormittags	bis	nachmittags	bis
Mittwoch	vormittags	bis	nachmittags	bis
Donnerstag	vormittags	bis	nachmittags	bis
Freitag	vormittags	bis	nachmittags	bis
Samstag	vormittags	bis	nachmittags	bis

Innerhalb der angegebenen Sprechstundenzeiten ist täglich eine offene Sprechstunde anzubieten.

Diese werde ich voraussichtlich wie folgt anbieten:

	<u>Offene Sprechstunde</u>		oder	<u>Offene Sprechstunde</u>	
Montag	vormittags	bis	nachmittags	bis	
Dienstag	vormittags	bis	nachmittags	bis	
Mittwoch	vormittags	bis	nachmittags	bis	
Donnerstag	vormittags	bis	nachmittags	bis	
Freitag	vormittags	bis	nachmittags	bis	
Samstag	vormittags	bis	nachmittags	bis	

Anlage 4

Erklärung zur Nebentätigkeit

Im Rahmen einer Nebentätigkeit in / am _____ bin ich
_____ (Anzahl der Stunden) tätig.

Ich versichere, dass ich trotz der o. g. Tätigkeit meiner gesetzlich vorgeschriebenen Präsenzpflcht / Sprechzeiten von mindestens 13 Stunden wöchentlich nachkommen werde. (Der Sprechstundenverpflichtung wird nur genügt, wenn neben „Sprechstunden nach Vereinbarung“ = Bestellpraxis, auch „offene“ Sprechstunden angeboten werden.)

Des weiteren bestätige ich, dass ich keine Patienten, die ich im Rahmen meiner Nebentätigkeit behandle, im Rahmen der Zulassung gem. § 95 Abs. 10 SGB V weiterbehandeln werde.

Datum

Unterschrift / Stempel

Merkblatt

für Ärzte, die die Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben und derzeit noch in einem Beschäftigungsverhältnis oder einer sonstigen nicht ehrenamtlichen Tätigkeit stehen

Bei Ärzten, die die Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragen und in einem Beschäftigungsverhältnis o. ä. stehen, kann einer Zulassung entgegen stehen, dass der Arzt wegen des Beschäftigungsverhältnisses o. ä. für die Versorgung der Versicherten persönlich nicht in erforderlichem Maße zur Verfügung steht bzw. eine Tätigkeit ausübt, die ihrem Wesen nach mit der Tätigkeit des Vertragsarztes am Vertragsarztsitz nicht zu vereinbaren ist. Bei Vorliegen dieser Hinderungsgründe für die Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung kann es sich gleichwohl empfehlen, nicht vor Bestandskraft der Zulassung das bestehende Beschäftigungsverhältnis o. ä. zu kündigen. Liegen bei dem Arzt die genannten Hinderungsgründe vor, kann er vom Zulassungsausschuss unter der Bedingung zugelassen werden, dass der seiner Eignung entgegenstehende Grund spätestens drei Monate nach dem Zeitpunkt beseitigt wird, in dem die Entscheidung über die Zulassung unanfechtbar geworden ist. Erteilt der Zulassungsausschuss diese Bedingung, so ist der Arzt verpflichtet, sein Beschäftigungsverhältnis o. ä. innerhalb von 3 Monaten nach Bestandskraft der Zulassung zu beenden. Bis zum Eintritt dieser Bedingung ist die Zulassung nicht wirksam, d.h. der Arzt darf nicht vertragsärztlich tätig werden. Wird die der Zulassung entgegenstehende Beschäftigung o. ä. nicht beendet, so ist der Zulassungsausschuss berechtigt und verpflichtet, nach Ablauf der gesetzten Frist die Zulassung des Arztes zu beenden.